

Jako leczenie uzupełniające stosowaliśmy chemioterapię - 32 pacjentów oraz teleradioterapię - 11 pacjentów.

Rodzaje zabiegów chirurgicznych oraz szczegółowe wyniki zostały przedstawione w tabelach.

93P

"Produkcja IL-6 sIL-6R przez modyfikowane genetycznie komórki ludzkiego czerniaka napromieniane dawkami hamującymi proliferację."

S. Nawrocki, J. Malicki*, M. Łaciak, M. Kapcińska, M. Wiznerowicz, D. Iżycki, K. Gryśka, A. Mackiewicz
Zakład Immunologii Nowotworów AM w Poznaniu

*Zakład Fizyki Medycznej WCO w Poznaniu

Cel pracy:

Ustalenie optymalnej dawki promieniowania jonizującego zapewniającej pozbawienie auto- i allogenicznym komórkom czerniaka zdolności do proliferacji przy jednoczesnym zachowaniu wysokiego poziomu produkcji IL-6 i sIL-6w komórkach transfekowanych.

Materiał i metody:

Cztery ustalone linie komórkowe ludzkiego czerniaka transdukowano genami ludzkiej IL-6 i sIL-6R przy użyciu nośnika retrowirusowego (double copy bicistronic vector). Transdukiowane i kontrolne komórki napromieniano dawkami 10, 50, 100, 200 Gy. Badano ekspresję wprowadzonych genów oceniając mRNA (RT-PCR i Northern Blotting) oraz sprzężenie IL-6 i IL-6R w pożywce z nad hodowli komórek (ELISA) po 24, 48, 72 i 96 h oraz po 6, 7, 10 i 12 dni napromieniania. Ponadto, ekspresję mRNA dla IL-6 określono ilościowo wykorzystując metodę TaqMan. Równolegle analizowano żywotność i proliferację komórek (test MTT) oraz zmiany ekspresji antygenów zgodności tkankowej HLA - A2 przy użyciu cytometrii przepływowej.

Wyniki:

Napromienianie powoduje zahamowanie proliferacji komórek czerniaka w sposób dawkozależny. Dawka 50 Gy hamowała proliferację wszystkich linii czerniaka. Naświetlenie powodowało wzrost sekrecji IL-6 i sIL-6R w przeliczeniu na komórkę do 12 dnia po napromienianiu. Ilościowa analiza ekspresji genu IL-6 wykazała podobne wartości mRNA w komórkach naświetlanych różnymi dawkami oraz podobne ilości w kolejnych punktach czasowych co może sugerować regulację ekspresji genu na poziomie potranskrypcyjnym. Naświetlenie dawką 100 Gy powodowało nieznaczny spadek ekspresji HLA - A2 w badanych liniach.

94P

"Naczyniomięsak limfatyczny (Lymphangiosarcoma), w przebiegu zespołu Traves _Steward'a."

M. Teresiak, C. Łoziński, Cz. Wojnerowicz

II Oddział Chirurgii Onkologicznej WCO w Poznaniu

W 1948 roku Traves i Steward opisali zespół chorobowy polegający na występowaniu mięsaka wychodzącego

z naczyń limfatycznych (Lymphangiosarcoma) w terenie długotrwałego obrzęku kończyny górnej - po mastektomii. W następnych latach (1961 r.) spostrzeżenia McSwaina i Stephensona dowiodły, że naczyniomięsak limfatyczny może rozwinąć się na podłożu przewlekłego obrzęku kończyny dolnej.

Pierwszy przypadek tego nowotworu opisaliśmy w 1966 roku. Do 1997 r. mieliśmy możliwość zaobserwować, badać i leczyć 5 chorych z rozpoznaniem naczyniomięsaka limfatycznego i dlatego uważamy za celowe podzielić się naszymi spostrzeżeniami. W badaniach klinicznych położyliśmy szczególny nacisk na analizę przebiegu klinicznego, cechy obrazu klinicznego zwłaszcza w początkowych okresach rozwoju nowotworu oraz skuteczność stosowanych metod leczenia. Badania morfologiczne polegały na ocenie makroskopowej i mikroskopowej całego materiału operacyjnego. Charakterystykę kliniczną przypadków podano w tabeli 1. Wypada podkreślić, że u wszystkich chorych po mastektomii z powodu raka stosowano dodatkowo leczenie promieniami jonizującymi. Rozwój ogniska pierwotnego był szybki i w 3 przypadkach nacieki nowotworowe wcześniej przeszedł na klatkę piersiową. Te chore zmarły po upływie 3 miesięcy od rozpoznania mimo intensywnego leczenia chemicznego. Żyją dwie - jedna obserwowana ponad 5 lat po odjęciu kończyny, druga obecnie leczona paliatywnie - stosowaniem lokalnych wycięć ujawniających się nawrotów i cytostatykami.

Spostrzeżenia nasze dowodzą, że naczyniomięsak limfatyczny rozwija się na podłożu przewlekłego obrzęku kończyny wywołanym zaleganiem chłonnki.

Początki nowotworu są trudno uchwytne, lecz rozwój guza cechuje się dużą dynamiką wzrostu i skłonnością do rozsiewu. Tylko wczesne rozpoznanie i radykalne leczenie chirurgiczne umożliwiają wyleczenie. Zapobieganie długo utrzymującym się obrzękiem kończyn zapewnia ich sprawność i zapobiega tworzeniu się podłoża sprzyjającego rozwojowi naczyniomięsaka.

95P

"Taktyka postępowania w leczeniu chirurgicznym raka skóry w WCO w okresie od 1953-1997 roku."

M. Teresiak, P. Murawa, Cz. Wojnerowicz, P. Łaski, A. Pawełska

Rak jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym skóry. W okresie ostatnich 50 lat poglądy na ten temat leczenia raka skóry zmieniły się zasadniczo.

Celem pracy jest przedstawienie i omówienie metod leczenia raka skóry w WCO w Poznaniu w okresie od 1953 do 1997 roku.

Materiał i metody:

W latach 1953-1997 leczono 7064 przypadków raka skóry. Materiał ten podzielono na dwa okresy czasowe: a) do 1953-1983, b) od 1984-1997 i oceniono pod względem sposobów leczenia.

Wyniki:

W pierwszym okresie leczono 5343 chorych z tego 4281 (80%) tylko promieniami jonizującymi, 719 (!3,5%) tylko chirurgicznie, a u 343 (6,5%) przeprowadzono leczenie

z połączeniem obu tych metod. W drugim okresie czasowym leczono 1721 chorych, z tego 1237 (72%) tylko chirurgicznie, 310 (18%) tylko promieniami jonizującymi, a 174 (10%) skojarzeniem chirurgii, radioterapii i chemioterapii. W pierwszym badanym okresie w leczeniu chirurgicznym podstawową metodą było proste wycięcie zmiany zapewniające jednocześnie radykalność onkologiczną. W drugim okresie wśród zabiegów operacyjnych przeważały operacje szerokiego wycięcia zmiany nowotworowej z jednoczasową operacją plastyczną lub rekonstrukcją. Zapewniało to radykalność onkologiczną i dobry efekt kosmetyczny oraz czynnościowy.

Wnioski:

1. W ciągu 45 lat metody leczenia rak skóry zmieniły się radykalnie na korzyść leczenia chirurgicznego. W szeregu przypadków część chorych jest nadal leczona promieniami jonizującymi.
2. Leczenie operacyjne raka skóry jest metodą z wyboru i zapewnia dobry efekt onkologiczny, kosmetyczny i czynnościowy. Wymaga to udziału w nim chirurga onkologa przygotowanego do wykonywania zabiegów plastycznych i rekonstrukcyjnych.

96P

"Włóknakiomiesak skóry (Dermatofibrosarcoma protuberans). Charakterystyka biologiczna i kliniczna."

M. Teresiak, C. Łoziński, K. Florczak, Cz. Wojnerowicz

II Oddział Chirurgii Onkologicznej WCO w Poznaniu

Włóknakiomiesak skóry zaliczamy do nowotworów półzłośliwych (semimalignitas) z uwagi na ich skłonność do nawrotów operacyjnych i ich chwiejność biologiczną wyrażającą się tendencją do złośliwienia (malignisatio). Celem opracowania była ocena kliniczna, biologiczna i morfologiczna 117 przypadków badanych, leczonych i obserwowanych w okresie 1953-1997 roku. Materiał kliniczny zestawiono w tabeli I. W badaniach klinicznych szczególną uwagę poświęcano analizie przebiegu rozwoju guza i cechom obrazu klinicznego nowotworu. Następnie wyniki tych spostrzeżeń konfrontowano z charakterystyką obrazu morfologicznego (ryciny). W ten sposób staraliśmy się wyciągnąć wnioski odnośnie skłonności guza do nawrotu, czy nawet przerzutowania. Szczególną uwagę zwrócono na guzy wykazujące dwuetapowość wzrostu oraz nowotwory zbudowane z kilku mniejszych ognisk tworzących jeden konglomerat. Starano się określić wpływ wielokrotnych i nieradykalnych zabiegów na dalszy przebieg kliniczny u leczonych chorych.

Wnioski:

1. Włóknakiomiesaki skóry charakteryzują się chwiejnością rozwoju i wielobarwnością obrazu klinicznego co znajduje często potwierdzenie w różnicach dojrzałości tkanek mikroskopowego w różnych częściach nowotworu.
2. Przyczyną skłonności do miejscowych nawrotów jest nie tylko sposób naciekania przez guz otaczających tkanek, lecz również dość często

zdarzająca się - miejscowa wieloogniskowość nowotworu.

3. Zdolność do przerzutowania zdarza się najczęściej na skutek ewolucji włóknakiomiesaka skóry (dermatofibrosarcoma) w kierunku zwykłego włóknakiomiesaka (fibrosarcoma simplex). Tylko wyjątkowo dochodzi do przerzutów (pod wpływem częstych yrazów) na drodze bezpośredniej z dermatofibrosarcoma bez zmiany tkanek.
4. Powodzenie leczenia zależy przede wszystkim do doszczętnego pierwszego wkroczenia operacyjnego.

97P

"Melanoma malignum e loco ignoto. (Czerniak złośliwy z ogniska nieznanego)."

M. Teresiak, J. Brzeziński, C. Łoziński, Cz. Wojnerowicz
WCO w Poznaniu

Czerniak złośliwy jest jednym z najniebezpieczniejszych nowotworów u ludzi. Rozpoznawany jest przede wszystkim na podstawie badania histopatologicznego ogniska pierwotnego choroby. Jednak w nielicznych przypadkach ogniska pierwotnego nie można znaleźć (najczęściej ulega samorzutnej regresji), a nowotwór rozpoznaje się na podstawie badania mikroskopowej tkanki z ogniska przerzutowego.

Celem pracy jest przedstawienie:

- przebiegu klinicznego
- stosowanych metod leczenia
- uzyskanych wyników leczenia w przypadku czerniaka pochodzącego z ogniska nieznanego.

Materiał i metody:

W Oddziale Chirurgii Onkologicznej (1953-1987 r.) i w II Oddziale Chirurgii Onkologicznej (1987-(1997 r.) WCO leczono 1566 przypadków czerniaka złośliwego w tym 20 (1,2%), u których nie znaleziono ogniska pierwotnego, chorobę rozpoznano z przerzutów. Wyniki badań, przebiegu klinicznego, stosowanych metod i uzyskanych wyników leczenia przedstawiono w tabelach.

Wnioski:

1. Ogniska przerzutowe czerniaka z miejsca nieznanego występowały najczęściej w węzłach chłonnych pachy (13 przypadków - 65%).
2. Rozpoznanie ustalono za pomocą biopsji igłowej (PCI, oligobiopsja) lub biopsji operacyjnej zmiany przerzutowej.
3. Podstawową metodą leczenia było leczenie operacyjne. Wyniki leczenia są złe - 3 osoby przeżyły 5 lat.

99P

"Nowotwory złośliwe żołądka. Analiza 4-letniego (1994-1998) materiału II Oddziału Chirurgii Onkologicznej WCO."

M. Teresiak, P. Luboński, J. Busza
II Oddział Chirurgii Onkologicznej WCO w Poznaniu